FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1937

THÈSE

N° 273

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Raoul THALY

Né le 23 Décembre 1909, à NALZEN (Ariège)

Contribution à l'étude de l'alimentation artificielle chez les aliénés

Président : M. LAIGNEL-LAVASTINE, Professeur

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1937

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1937

THÈSE

N° .....

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Raoul THALY

Né le 23 Décembre 1909, à NALZEN (Ariège)

Contribution à l'étude de l'alimentation artificielle chez les aliénés

Président : M. LAIGNEL-LAVASTINE, Professeur

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1937

I. — Professeurs

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maur. VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER. CARNOT. Marcel LABBÉ. CLERC.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNEO. GOSSET. GRÉGOIRE. LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU. COUVELAIRE. JEANNIN.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique cardiologie	LAUBRY.
Professeurs sans chaire	HOVELACQUE. MULON. OLIVIER. VERNE.

II. — Agrégés en exercice

MM.	
AMELINE	Pathologie chirurgicale.
BARIETY	Pathologie médicale.
BÉNARD Henri	Pathologie médicale.
BERNARD Et...	Pathologie médicale.
BESANÇON (J.)	Hydrologie.
BOULIN	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHEVALLIER	Pathologie médicale.
COSTE	Pathologie médicale.
DOGNON	Physique.
FEY	Urologie.
FUNCK-BRENTANO	Pathologie chirurgicale.
GAILLIARD	Parasitologie.
GASTINEL	Bactériologie.

MM.	
DE GAUDART D'ALLAINES	Pathologie chirurgicale.
DE GENNES...	Pathologie médicale.
GAYET	Physiologie.
GIROUD	Histologie.
HAGUENAU	Pathologie médicale.
HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie.
HAZARD	Pharmacologie.
HUGUENIN	Anatomie pathologique.
JOANNON	Hygiène.
LACOMME	Obstétrique.
LANTUEJOUL..	Obstétrique.
LAROCHE Guy.	Pathologie médicale.
LELONG	Pathologie médicale.

MM.		MM.	
LEMAIRE	Pathologie expérimentale.	PIEDELIEVRE .	Médecine légale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.	PORTES	Obstétrique.
LEVY (Mlle J.)..	Pharmacologie.	RENARD (L.). .	Ophtalmologie.
LEVY-VALENSI.	Neurologie et Psychiatrie	RICHET	Physiologie.
MENEGAUX ...	Pathologie chirurgicale.	SANNIE	Chimie biologique.
MOLLARET	Pathologie médicale.	SENEQUE	Pathologie chirurgicale.
MOREAU.....	Pathologie médicale.	TROISIER	Pathologie expérimentale
MOULONGUET.	Pathologie chirurgicale.	TURPIN	Pathologie médicale.
MOUQUIN.....	Pathologie médicale.	VIGNES	Obstétrique.
OBERLING	Anatomie pathologique.	WILMOTH	Pathologie chirurgicale
PETIT-DUTAILLIS	Pathologie chirurgicale.		

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.		MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.	LARDENNOIS....	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.	LEROUX	Anatomie pathologique
CHAILLEY-BERT.....	Physiologie.	NEVEU-LEMAIRE ...	Parasitologie.
GUENIOT.....	Obstétrique.	PHILIBERT ...	Bactériologie.
		VAUDESCAL.....	Obstétrique.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.		MM.	
ALAJOUANINE..	Clinique médicale.	BASSET	Clinique chirurgicale
AUBERTIN		BROCQ	
BRULE		CADENAT	
CHABROL		GATELLIER ...	
CHIRAY		HEITZ-BOYER .	
DONZELOT		MOURE	
DUVOIR.....		QUENU	
LIAN		SCHWARTZ	
PASTEUR-VALLERY-RADOT		VELTER	
SEZARY		ECAILLE	
		LE LORIER	Clinique obstétricale.
		LEVY-SOLAL ..	
		METZGER	

V. — Chargés de cours

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
PHILIBERT, agrégé	Microbiologie.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, *l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.*

A MA MERE

A MON PERE

A qui je dois tant, en témoignage
de mon profond amour filial.

A MA SŒUR ET A MON BEAU-FRERE

AUX MIENS

A MES AMIS

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40154806_0003

A Monsieur le Professeur LAIGNEL-LAVASTINE

Professeur d'Histoire de la Médecine

à la Faculté de Médecine de Paris

Qui nous a fait le très grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

Témoignage de respectueuse gratitude.

A Monsieur le Docteur LAUZIER

Médecin-Directeur de l'Asile de Dijon

Qui nous a inspiré ce travail.

En témoignage de notre reconnaissance.

A mes Maitres dans les Hopitaux :

Stage :

Monsieur le Professeur BEZANÇON
Monsieur le Professeur OMBREDANNE
Monsieur le Professeur VILLARET

Externat :

Monsieur le Docteur Jean BERGER
Monsieur le Docteur GOUVERNEUR
Monsieur le Docteur MARCHAL
Monsieur le Docteur JANET
Monsieur le Docteur SOUPAULT
Monsieur le Docteur QUENU

A mon Maitre Monsieur le Docteur PIGNEDE
Médecin-Chef de l'Asile de Clermont de l'Oise

A Messieurs les Docteurs
CHALARD, FAYOT, Alain MOUCHET, PETIT

A mes Amis ASTRE, GUEVARA, SAIE, SOULAIRAC

A mes Conférenciers

A mes Camarades d'Externat

Contribution à l'étude de l'alimentation artificielle chez les aliénés

INTRODUCTION

L'alimentation artificielle est de pratique courante dans les asiles. Pour des motifs dépendant de leurs troubles psychopathiques, certains malades évitent de s'alimenter de façon suffisante. Le médecin, responsable de leur santé, a le devoir de substituer sa volonté à la leur et pratiquera l'alimentation forcée.

Nous envisagerons rapidement les affections psychiâtriques au cours desquelles se manifeste la sitiophobie, pour nous attacher à l'étude thérapeutique de ce syndrome.

Nous serons ainsi amenés à exposer les petits procédés classiques dans les asiles, l'importance de la psychothérapie, le gavage enfin, si couramment pratiqué.

Nous insisterons sur les inconvénients divers et nullement négligeables qu'entraîne l'alimentation artificielle à la sonde œsophagienne ; et nous exposerons les procédés de nature à en limiter l'emploi.

Ceux-ci sont, nous le verrons, de trois ordres :

1° L'INSULINOTHÉRAPIE ;

2° Les injections intraveineuses de chlorure de sodium hypertonique ;

3° L'administration de barbituriques,

procédés qui par des mécanismes différents entraîneront dans nombre de cas la reprise de l'alimentation.

Cette thèse repose sur douze observations personnelles inédites, prises à Fitz-James dans le service de M. Lauzier.

Avant d'entreprendre cette étude, il nous est agréable de remercier M. le Docteur Lauzier, à qui nous exprimons notre profonde reconnaissance de nous avoir inspiré le sujet de cette thèse. Nous avons, dans son service, constaté l'intérêt des méthodes préconisées, qui permettent dans de grandes proportions d'éviter le gavage et apportent au traitement de la sitiophobie des données nouvelles.

LE REFUS D'ALIMENTS

Le refus d'aliments s'observe fréquemment chez les aliénés, mais plus particulièrement chez les femmes. La proportion de femmes justiciables de l'alimentation artificielle est en effet beaucoup plus élevée que celle des hommes.

La restriction alimentaire que s'imposent les malades affecte des aspects divers : elle peut être *totale*, portant sur toute l'alimentation ou *partielle*, tendant à une réduction appréciable de la ration alimentaire, ou *sélective*, s'adressant à des catégories déterminées d'aliments.

On désigne habituellement le refus d'alimentation sous le terme de sitiophobie, terme bien impropre étymologiquement, mais consacré par un usage auquel nous sacrifierons.

Nous éliminerons de cette étude l'*anorexie mentale*, syndrome bien spécial, où le refus d'aliments survient indépendamment de troubles psychopathiques. Il s'agit de jeunes filles de quinze à vingt ans, enfants choyées, filles uniques qui, souvent à la suite d'un chagrin quelconque, s'astreignent à une alimentation très réduite dans le dessein d'apitoyer l'entourage, de se faire plaindre, souvent aussi par coquetterie, avec le désir de maigrir. Cette anorexie est souvent entrecoupée de

retours inopinés d'appétit et d'alimentation. Il suffit de soustraire ces malades à leur milieu habituel. Sous l'influence de la persuasion ou de l'intimidation on verra l'anorexie céder brusquement.

Ce refus d'aliments bien spécial qui constitue l'anorexie mentale proprement dite (ce terme d'anorexie mentale est employé souvent à tort dans un sens général), n'entre pas dans le cadre de notre étude et d'ailleurs ne s'observe pas chez les malades d'asile.

La sitiophobie chez les aliénés reconnaît des causes multiples, mais c'est avant tout au cours de la mélancolie qu'elle s'observe.

1° Dans la MELANCOLIE, le refus d'aliments résulte directement des idées délirantes exprimées ou non.

Idée de culpabilité. — Le mélancolique s'accuse de crimes imaginaires, se croit perdu, déshonoré. Il analyse sa vie et y découvre des forfaits impardonnables. Il s'accuse d'avoir commis des sacrilèges, d'avoir manqué d'affection vis-à-vis de ses parents. Il veut se punir, expier. Il se châtiera en refusant toute nourriture, voulant ainsi faire pénitence.

Idée de suicide. — Le malade désire la mort. Hanté par des idées morbides, il considère la vie comme intolérable. Le refus d'aliments pourra lui apparaître comme un mode de suicide : il se laissera mourir de faim.

Idée de ruine. — La malade refuse en ce cas la nourriture par crainte de ne pouvoir la payer.

La sitiophobie est entretenue par les troubles gastro-intestinaux si fréquents chez ces malades et sur lesquels nous insisterons. Le refus d'aliments présente chez les mélancoliques quelques caractères particuliers il ne s'agit pas d'un refus obstiné, mais d'un refus inerte, passif.

2° Dans les DELIRES systématisés ou non, les craintes d'empoisonnement, surtout chez les persécutés, sont un motif de refus d'aliments. Cela s'explique parfois par la possibilité chez ces malades de troubles du goût, qui imposent à leur esprit l'idée d'un empoisonnement. Le malade refuse sa nourriture, mais peut accepter certains mets qui par leur nature ou leur provenance ne lui paraissent pas suspects.

3° La sitiophobie peut résulter d'ordres provenant d'HALLUCINATIONS : le malade entend des voix qui lui ordonnent de ne pas manger ;

4° Dans tous les ETATS HYPOCHONDRIAQUES SIMPLES l'idée d'intolérance digestive pousse certains malades de ville à réduire dangereusement leur ration alimentaire par application d'un régime excessivement sévère.

Les Hypochondriaques Délirants (systématisés, P. G.) refusent souvent de s'alimenter sous les prétextes les plus divers et même les plus absurdes : disparition de l'estomac, fermeture de l'intestin.

5° L'ETAT D'OPPOSITION, fréquent dans le négativisme se traduit entre autres signes dans la démence précoce, parfois dans la paralysie générale, par le re-

fus d'aliments. En ce cas il n'est pas rare de voir les mêmes malades, qui refusaient obstinément d'ingérer les aliments qu'on leur présentait, les manger spontanément quand on les laisse à leur portée ou dérober ceux du voisin.

6° Enfin certains ALIENES PROTESTATAIRES refusent de s'alimenter, dans l'espoir de recouvrer la liberté et réalisent ainsi une véritable grève de la faim.

Outre les aliénés protestataires, la grève de la faim peut s'observer chez les PERVERSES, qui refusent leur nourriture dans le seul but d'attirer l'attention ou d'ennuyer le personnel.

La sitiophobie s'accompagne rapidement d'un amaigrissement considérable. L'évolution se ferait si l'on intervenait pas, vers un véritable état de cachexie avec deshydratation. On observe même, s'ils n'ont pas précédé l'anorexie, des troubles gastro-intestinaux : constipation, langue saburrale, fétidité de l'haleine. Le malade peut être emporté par le moindre incident infectieux.

Il faut donc observer avec soin l'alimentation réellement absorbée par les psychopathes ,et tout particulièrement dans les affections où la sitiophobie se rencontre avec une certaine fréquence. Il faut contrôler le poids des malades par des pesées régulières et surveiller les premiers signes buccaux de dénutrition pour dépister le syndrome dès son début.

TRAITEMENT

On s'efforcera de prévenir la sitiophobie par le traitement des troubles digestifs qui sont si souvent à l'origine du refus d'aliments.

On pratiquera un examen physique soigneux et l'on pourra déceler :

Des *troubles de la déglutition :* œsophagisme-aérophagie ;

Des *troubles de la digestion gastro-intestinale.* On peut observer des vomissements souvent en rapport avec un mauvais état gastrique, une langue saburrale et s'accompagnant de fétidité de l'haleine, une constipation qui peut être volontaire, résulter d'idées délirantes, ou une diarrhée souvent rebelle.

Des *troubles secrétoires*, ptyalisme, sialorrhée, hyper ou hypochlorhydrie. Mais surtout insuffisance hépatique, qu'il importe de toujours rechercher.

Nécessité donc de traiter tous ces troubles digestifs.

Parfois l'examen révèle des troubles organiques, qui favorisent la sitiophobie : parésie plus ou moins complète des muscles de la face et de la langue avec tremblement.

Enfin on peut observer des troubles endocriniens, auxquels il sera bon d'opposer un traitement opothérapique.

Dès que la sitiophobie est installée, il faut agir avec énergie. Il faudra tout d'abord tenir compte de la cause psychopathique de l'affection et plus encore de la mentalité individuelle du malade.

PSYCHOTHERAPIE. — La psychothérapie joue sans conteste un rôle important. On tentera d'employer d'après le caractère même du malade la persuasion, l'autorité ou même certains raisonnements de circonstance. Avec beaucoup de patience on peut convaincre parfois une obsédée, une déprimée inerte. Par une autorité bienveillante et patiente on détermine souvent les mélancoliques à manger, leur résistance étant plus passive que réellement active. Pour quelques malades on peut obtenir un bon résultat en oubliant intentionnellement des plats à leur portée. On peut arriver à apaiser la défiance d'un persécuté en goûtant les plats devant lui.

Un élément est important : la connaissance par les malades du médecin et des infirmiers. Il est certain que la sitiophobie est plus fréquente dans les services d'admission que dans les services généraux.

Quand les procédés de persuasion et d'autorité morale ont échoué, il faut recourir à l'alimentation forcée.

Petits moyens. — Il suffit parfois de faire tenir les mains de l'anorexique et de lui introduire à la cuiller les aliments dans la bouche ; mastication et déglutition peuvent s'accomplir machinalement. On peut faire boire certains malades en présentant la timbale ou la cuiller à leurs lèvres, quitte à leur fermer pen-

dant ce temps les fosses nasales en leur pinçant le nez.

De ces petits moyens on peut rapprocher le procédé qui consiste à stimuler l'appétit, dans le cas de refus d'aliments partiel, en salant exagérément les mets.

GAVAGE. — Si ces divers procédés échouent, on a recours au cathétérisme forcé de l'œsophage : le gavage. Le désagrément de cette intervention permet d'ailleurs quelquefois de l'éviter à certains malades qui l'ont subie auparavant ou qui l'ont vu pratiquer. Ces malades dans la crainte où ils sont de subir ce traitement se décideront à manger. La simple vue de l'instrumentation aura suffi.

Mais pour d'autres malades il faudra la pratiquer effectivement et parfois pendant une assez longue durée.

Nous ne nous attarderons pas à une description de la technique du gavage. Elle est bien connue, le gavage étant de pratique courante dans les services d'aliénés. Mais nous insisterons sur les inconvénients que comporte ce mode d'alimentation.

Il n'est pas rare au cours du gavage d'observer une toux, une dyspnée passagère provoquées par une fausse route reconnue d'ailleurs à temps. Il s'agit là de phénomènes bénins. Le gavage a lieu en règle sans incidents. Cependant il faut avoir à l'esprit la possibilité d'accidents :

Toux, accès de suffocation grave, et surtout broncho-pneumonie de déglutition provoquée par le passage dans la trachée de particules alimentaires.

C'est dire la nécessité de prendre pour cette manœuvre si simple des précautions minutieuses.

Encore signale-t-on des cas, chez des sujets dont l'état général est déficient, de syncope mortelle d'origine réflexe au moment du passage de la sonde.

L'alimentation artificielle est parfois difficile. Le malade peut opposer une vive résistance ; plusieurs infirmiers seront nécessaires pour le maintenir et une fausse route est possible. Il n'est pas rare non plus de voir le malade rejeter la bouillie au milieu d'efforts de vomissements réflexes ou provoqués. Ce mode d'alimentation pourra alors s'avérer insuffisant et le sujet, pour peu que l'on doive prolonger le gavage, se trouvera dans un état de dénutrition marqué.

Signalons en outre l'impossibilité dans quelques cas de l'introduction de la sonde en raison de lésions ulcéreuses ou sténosantes du pharynx ou de l'œsophage.

Enfin le gavage répété pendant une longue période finira par déterminer des lésions érosives et inflammatoires en dépit des soins d'asepsie buccale et nasale que l'on aura fait donner régulièrement. Tous ces mécomptes incitent à éviter, dans la mesure du possible, l'alimentation par la sonde œsophagienne.

Il faut en tout cas éviter que le gavage ne devienne une routine. Trop souvent les infirmiers font preuve d'une patience insuffisante, n'insistent pas assez auprès du malade pour lui faire prendre sa ration alimentaire ou tout au moins du lait à la timbale ou à la cuiller. Si l'on a affaire à un personnel satisfaisant, le nombre des alimentations par gavage est indiscuta-

blement limité. Il faut, si l'on doit recourir à la sonde œsophagienne chercher à l'utiliser pendant une durée minima. Tous les jours on insistera personnellement auprès du malade et l'on tentera de lui faire prendre une timbale de bouillie.

Faute de quoi, l'on tombe dans l'excès signalé, dans la routine.

Certains malades, qui refusaient systématiquement de s'alimenter, admettent la sonde œsophagienne sans répugnance, parfois même de la meilleure grâce, telle cette démente précoce du pensionnat de Clermont, nourrie à la sonde depuis plus d'un an. Elle se dispose la serviette autour du cou dès qu'elle voit apparaître l'interne, ne rompt son silence habituel que pour réclamer l'alimentation, si par malheur celle-ci a été retardée, ou pour signaler une modification dans la composition de la bouillie.

La pratique des gavages en série va d'autre part réaliser un encombrement dans les services d'aliénés, en augmenter les charges, tous arguments qui ne sont pas négligeables.

Aussi pour éliminer, le plus possible, les gavages dans les asiles, a-t-on préconisé trois procédés, qui constitueront l'essentiel de notre étude :

l'insulinothérapie,

l'injection par voie intraveineuse de chlorure de sodium en solution hypertonique,

l'administration de barbituriques.

Notons en outre que plusieurs auteurs ont préconisé les injections de morphine dans certains cas.

1° L'insulinothérapie

On a utilisé l'insuline à petites doses dans le traitement des anorexies mentales. On pratique l'insulinothérapie tout en maintenant le gavage.

On pratique une injection quotidienne de 15 unités d'insuline, cependant qu'on alimente le malade à la sonde.

On a proposé également de mêler l'insuline au repas de gavage à la dose de 15 unités tous les deux jours.

L'insuline, par l'hypoglycémie qu'elle détermine, peut stimuler l'appétit des malades et les amener à s'alimenter.

Nous n'avons qu'une expérience restreinte de ce procédé mais nous n'avons pas obtenu de résultats très démonstratifs.

Nous avons constaté une augmentation de poids et une amélioration de l'état général. Mais l'appétit n'a été le plus souvent que médiocrement influencé.

2° L'injection intra-veineuse de chlorure de sodium en solution hypertonique

Les travaux de Gosset, Binet et Petit-Dutaillis, de Michel, de Binet et de Stoïcesco ont amené M. Desruelles et Mme Chiarli à pratiquer des injections intraveineuses d'une solution hypertonique de chlorure de sodium chez les aliénés anorexiques.

Cette méthode a été appliquée tout d'abord à l'anorexie s'accompagnant d'un état toxi-infectieux, puis étendue à toutes les formes d'anorexie mentale.

TECHNIQUE. — La technique mise au point par M. Desruelles, Mmes Masson-Chiarli et Gardien, comporte une ou plusieurs injections intraveineuses de 10 cc. de chlorure de sodium en solution à 20 %.

Ces auteurs proposent de faire précéder l'injection de sérum hypertonique, si cela est possible, d'une purgation saline chez tout aliéné qui refuse de s'alimenter. Parfois on parvient à faire accepter le sulfate de soude et la soif déterminée par la purgation peut suffire à interrompre la grève de la faim. Mais le plus souvent les malades refusent la purgation et l'on pratique d'emblée l'injection intraveineuse.

Il est recommandé de pousser très lentement l'injection. Mais souvent l'agitation du malade contraint à une précipitation indésirable.

Le sérum hypertonique détermine une soif vive. Cette sensation de soif apparaît au bout de quelques heures. Elle est souvent très intense et fort pénible. Le malade réclame de l'eau avec insistance cherche à s'en procurer. C'est ici que le rôle du personnel infirmier est important. Les infirmiers inviteront le malade à boire du lait. Ils alimenteront à la timbale ou à la cuiller les malades particulièrement troublés. De la compétence et du dévouement des infirmiers dépend en grande partie le succès de l'alimentation artificielle. C'est là un fait sur lequel nous ne saurions trop insister et sur lequel nous aurons à revenir.

Ainsi le malade va dans les heures qui suivent, prendre quelques verres de lait et les jours suivants s'alimentera normalement.

Mais cependant l'injection de chlorure de sodium hypertonique peut ne pas influer sur l'anorexie.

On pratique alors un lavage d'estomac avec deux litres d'eau de Vichy terminé par l'administration à la sonde d'une purgation saline. Ce lavage d'estomac sera suivi d'une à deux injections de sérum hypertonique. En cas d'échec, on fera le surlendemain une troisième injection précédée d'un lavement purgatif. Il est rare d'ailleurs d'être obligé de recourir à cette troisième injection, un résultat positif étant obtenu plus précocement.

RESULTATS. — Les résultats obtenus avec cette méthode sont des plus satisfaisants. Nous publions d'ailleurs dans cette étude quelques observations prises à Fitz-James dans le service de M. Lauzier.

Desruelles et ses collaborateurs utilisent de façon courante le chlorure de sodium hypertonique par voie intraveineuse. Ils ont pu ainsi réduire considérablement le nombre des alimentations par gavage dans leur service.

Voyons les statistiques que publient ces auteurs :

1° Anorexie avec état toxi-infectieux.

De septembre 1929 à août 1935, Desruelles et ses collaborateurs ont observé 63 cas d'anorexie en rapport avec un état toxi-infectieux plus ou moins grave.

Il s'est agi de déments précoces, de confus, de maniaques, de mélancoliques, etc...

On fait à chacun d'eux une ou plusieurs injections intraveineuses de chlorure de sodium en solution hypertonique à 20 %.

Sur le nombre, 51 n'ont pu résister à la soif intense que l'on a ainsi déterminée et se sont alimentés : 45 dans les heures qui ont suivi l'injection, 6 douze heures ou plus après.

Les succès obtenus atteignent donc 81 % des cas.

Si l'on établit une classification d'après le diagnostic psychiâtrique des sujets ainsi traités, on constate que :

Sur 15 mélancoliques on n'a obtenu qu'un échec.
Sur 2 paralytiques généraux : 2 succès.
Sur 13 cas de manie : 2 échecs.
Sur 19 cas de confusion mentale : 3 échecs.
Sur 10 cas de démence précoce : 3 échecs.
Sur 2 déments séniles : 1 échec.
Sur 2 alcooliques : également 1 échec.

Enfin 1 échec avec la seule démente organique traitée pour sitiophobie.

De cette statistique, il apparaît que les injections de sérum hypertonique donnent leurs résultats les plus favorables chez les mélancoliques.

On se heurte a de plus grandes difficultés chez les maniaques et les confus.

La résistance des déments précoces est plus nette encore. Quant aux P. G., aux déments séniles, aux déments organiques, aux alcooliques, le champ d'ex-

périence des auteurs se trouve trop limité pour qu'ils puissent apporter des conclusions fermes.

2° Anorexies Mentales.

Dans les anorexies mentales sans troubles physiques apparents, les résultats sont encore plus favorables.

Les auteurs ont traité pour anorexie mentale 35 malades atteints d'affections psychiâtriques diverses.

A la suite d'une ou de plusieurs injections intraveineuses de sérum hypertonique, 26 malades ont repris leur alimentation.

Chez 6 malades les injections de sérum hypertonique n'ont donné aucun résultat et 5 d'entre elles ont dû être alimentées à la sonde œsophagienne.

En classant ces 35 anorexiques suivant leur affection mentale, on a constaté que :

Les 6 malades atteintes de délire systématisé chronique se sont alimentées normalement sous l'influence pour la plupart, d'une seule injection de sérum hypertonique. Sur 4 mélancoliques, on a noté 3 succès.

La même proportion a été obtenue pour les 4 démentes précoces.

Le traitement a donné également d'heureux résultats chez 1 débile mentale, 1 P. G., 1 morphinomane et 3 alcooliques.

Par contre on enregistre :

2 échecs pour 8 mélancoliques anxieuses.

1 échec pour 4 mélancoliques chroniques.

Les auteurs ne pensent pas pouvoir retirer de ces chiffres des conclusions absolues. Il n'en reste pas

moins que sur 98 anorexiques, ils ont obtenu 80 résultats favorables, c'est-à-dire une proportion de 81,5 %. C'est dire la valeur de ce traitement susceptible de faire céder la sitiophobie, quel que soit le diagnostic psychiâtrique, et quelle que soit la forme d'anorexie envisagée : l'anorexie s'accompagnant d'un état toxi-infectieux comme l'anorexie sans troubles physiques associés.

Notons aussi que cette méthode ne comporte aucune contre-indication.

Elle n'est en règle entachée d'aucun incident. Nous devons cependant signaler l'épisode suivant survenu à la suite d'une troisième injection. La malade a éprouvé une sensation de malaise avec pâleur, angoisse, accélération du pouls — en somme un état de choc, qui a rapidement cédé à un milligramme d'adrénaline. Mais il s'agit là d'un incident tout à fait exceptionnel et d'ailleurs sans gravité, qui ne saurait en rien faire suspecter ce traitement.

La pratique des injections intra-veineuses de chlorure de sodium hypertonique nous apparaît comme une méthode des plus intéressantes, qu'il sera utile d'expérimenter avant de recourir à la sonde œsophagienne.

3° L'administration de barbituriques

Non moins intéressante est cette dernière méthode, sur laquelle nous nous proposons d'insister.

Elle consiste à annihiler la résistance du malade par l'obnubilation que détermineront les barbituriques. On profitera en effet de la somnolence où se trouvera le malade pour l'alimenter.

Ce procédé a été appliqué avec fréquence à Fitz-James dans le service de M. Lauzier. Il a donné des résultats remarquables et a permis de supprimer presque complètement l'usage de la sonde œsophagienne.

Le barbiturique habituellement utilisé est *le somnifène*. On l'emploi sous forme d'injections intramusculaires.

L'injection initiale est de 2 cc. Si elle s'avère insuffisante, on augmente la dose et l'on injecte successivement 3, 4 et jusqu'à 5 cc. On suit les réactions du malade et l'on règle sur celles-ci la dose à injecter.

TECHNIQUE. — Il est un point sur lequel nous ne saurions trop insister et que nous avons déjà signalé au cours de notre étude. Cette méthode, comme d'ailleurs la méthode précédente, suppose un personnel d'élite. Elle exige de la part des infirmiers une conscience et un dévouement indiscutables.

Il est également important d'avoir un personnel non seulement irréprochable, mais assez nombreux, de façon à ce que la surveillance des malades traités soit réellement effective.

Ces deux points ont une importance capitale et nous tenons à les mettre en valeur. Bien des mécomptes en effet, sont dus à ce que le personnel infirmier a fait preuve de négligence ou de mauvaise volonté ou bien

aussi n'est pas aussi nombreux qu'il serait désirable.

On injecte 2 cc. de somnifène et on fait surveiller la malade — il s'agit presque toujours d'une femme — par des infirmières. La malade doit être maintenue au lit. Il y aurait intérêt à ce qu'elle fût isolée, mais à défaut, elle a été placée dans une salle relativement calme.

Au bout d'un laps de temps variable d'un sujet à l'autre, la malade s'assoupit. Une infirmière la fait alors asseoir avec précaution, en évitant au maximum de lui imprimer des mouvements brusques susceptibles de la tirer de sa torpeur. Puis elle lui fait boire du lait à la timbale ou à la cuiller. La malade déglutit habituellement le lait sans grandes difficultés et l'on peut souvent lui faire prendre ensuite un repas suffisant.

Les jours suivants, la malade s'alimente seule ou avec l'aide d'une infirmière.

Mais souvent elle oppose à nouveau un refus formel de s'alimenter. On refera une injection de somnifène, dont on sera amené à augmenter la dose, comme nous l'avons signalé jusqu'à 5 cc.

Dans les cas habituels l'anorexie cède à ces injections répétées plusieurs jours. Bien entendu, elle pourra réapparaître ultérieurement, le refus d'aliments étant souvent périodique. Rien ne s'appose à ce qu'une nouvelle injection intramusculaire de somnifène, voire une série d'injections, soit pratiquée.

RESULTATS. — A Fitz-James, où les conditions requises sont réalisées, où le personnel est en nombre suffisant et se montre consciencieux, nous obtenons

des résultats excellents. Nombre d'anorexiques s'alimentent sous l'influence du somnifène. L'emploi du somnifène a considérablement réduit la fréquence de l'alimentation par sonde œsophagienne.

Nous avons cependant enregistré des échecs. Ils tenaient à ce que la malade, défiante, luttait contre le sommeil. D'autre part, le somnifène peut à la longue déterminer une accoutumance.

Force est alors d'utiliser un autre procédé. On pourra essayer les injections intraveineuses de sérum hypertonique. En cas de nouvel échec la sonde œsophagienne deviendra nécessaire.

Le somnifène peut être institué dans tous les cas d'anorexie mentale. Son emploi comporte cependant des contre-indications.

CONTRE-INDICATIONS. — Une altération hépatique ou rénale peut faire rejeter l'emploi du somnifène. En réalité il ne s'agit là que de contre-indications relatives, le somnifène aux doses employées dans le service ne peut guère être considéré comme toxique.

Nous utilisons le somnifène en raison précisément de sa maniabilité. Mais il est bien entendu qu'un autre barbiturique peut être substitué à ce produit et au nombre de nos observations figure un cas, où le sonéryl a été mis en œuvre.

En résumé, les injections de somnifène fournissent des résultats excellents. Cette méthode, applicable

dans toutes les formes de sitiophobie à quelque catégorie psychiatrique qu'appartienne le malade, sera d'un précieux secours et permettra en bien des cas d'éviter la sonde œsophagienne, dont nous avons vu les inconvénients.

OBSERVATIONS

Nous avons pu, dans le service de M. Lauzier, à Fitz-James, annexe de la Maison de Santé de Clermont, suivre nombre de malades traitées par les procédés que nous avons étudiés, pour sitiophobie.

Nous avons relevé quelques observations, que nous allons exposer.

Observation N° 1. — Et tout d'abord voici une observation des plus typiques où le somnifène a donné des résultats vraiment remarquables.

Il s'agit d'une Polonaise, Mme M. K..., âgée de 31 ans, entrée en février 1931 à l'Asile de Clermont, peu après un accident d'automobile, pour un état d'excitation psychique alternant avec des périodes de confusion mentale. L'examen révèle une perte de substance osseuse et une large cicatrice au niveau de la région pariétale gauche. La malade présente des idées d'humilité. Elle est inerte, indifférente à ce qui l'entoure et refuse obstinément de s'alimenter.

L'examen neurologique ne fournit aucun renseignement.

On doit avoir recours à la sonde œsophagienne pour l'alimenter. Le gavage sera pratiqué journellement pendant des mois.

Le 31 octobre 1934 la malade passe à Fitz-James. La malade apparaît pâle, anémiée, considérablement amaigrie. Son poids n'est que de 44 kilogs pour une taille de 1 m. 58.

La tension artérielle est basse : 10 1/2 - 6 au Vaquez.

Le lendemain de son arrivée on institue le somnifène. On fait une première injection intramusculaire de 3 cc. ; une heure après la malade prend 0 l. 30 de lait avec un jaune d'œuf.

Le lendemain, même traitement : la malade s'alimente assez bien.

Le 3 novembre on éprouve des difficultés à l'alimenter. On refait 3 cc. de somnifène : une heure après la malade prend 0 l. 50 de lait additionné d'une cuillerée de diase et d'un jaune d'œuf. Le 4 novembre elle accepte, le matin, une demi-timbale de café. Mais à midi elle refuse toute alimentation. On lui fait 2 cc. de somnifène : elle prend 0 l. 30 de lait avec de la diase et deux jaunes d'œufs.

Dès lors la malade s'alimente seule, une véritable transformation s'opère au point de vue physique. L'augmentation de poids est importante : 3 kg. 200 la première quinzaine, 4 kg. 700 la quinzaine suivante. L'état général se relève. La T. A. est de 12-6.

Actuellement la malade, toujours internée à l'Asile, a un état général excellent. Elle s'alimente très bien sans difficulté.

Chez cette malade, alimentée à la sonde pendant trois ans, les injections de somnifène ont eu un résul-

tat remarquable, faisant céder la sitiophobie en quelques jours.

Observation N° 2. — Mme J. B..., 41 ans, entrée à Clermont le 15 mai 1933 pour délire de persécution à base d'hallucinations, avec réactions mélancoliques. Elle a fait deux tentatives de suicide : elle s'est jetée à l'eau à deux reprises. Elle présente des hallucinations diverses et notamment des hallucinations auditives ; elle entend des voix qui l'injurient : on lui fait des reproches, « elle a dans la tête comme un téléphone ».

L'examen neurologique et physique ne fournit aucun renseignement notable.

Elle s'alimente mal et la sonde est rendue maintes fois nécessaire. L'état général est peu altéré. La malade est normalement réglée, mais présente quelques troubles circulatoires. La tension artérielle est de 14-7.

Le 10 mai 1935 elle est transférée à Fitz-James. Les infirmières parviennent à l'alimenter en insistant. La malade est toujours délirante, elle réclame la mort.

Les jours suivants l'alimentation est difficile. Le 9 juin on fait une injection intramusculaire de 3 cc. de somnifène. La malade prend de la purée, un demi-litre de lait, du riz, et le soir une timbale de lait.

Les jours qui suivent elle s'alimente, sur l'insistance des infirmières.

Le 23 octobre elle refuse de s'alimenter. On fait une injection intramusculaire de 3 cc. de somnifène : elle s'alimente normalement.

Le 13 janvier 1937 elle repousse à nouveau les aliments et l'on doit pratiquer une nouvelle injection de 3 cc. de somnifène, qui sera suivie d'une reprise de l'alimentation.

Il s'agissait ici d'une délirante avec réactions mélancoliques qui présentait une sitiophobie périodique. Chaque fois le refus d'aliments a cédé sous l'influence d'une seule injection de somnifène.

Observation N° 3. — Mme B. T..., 43 ans, entrée à l'Asile de Clermont le 12 octobre 1934 pour légère débilité mentale avec dépression psychique, idées mélancoliques et idées délirantes de persécution. Elle présente des tendances auto-accusatrices, la crainte de la misère, des idées et des velléités de suicide, des idées de persécution : elle dit avoir subi un outrage de la part d'un voisin. Elle a des hallucinations auditives.

Un examen complet ne met en évidence ni troubles neurologiques, ni troubles viscéraux. La tension artérielle est de 14-9. L'état général est bon. La malade est réglée de façon assez abondante.

Elle s'alimente difficilement, sur l'insistance et avec l'aide d'une infirmière.

Le 16 septembre 1935, à Fitz-James, elle refuse de s'alimenter, disant « qu'on lui reproche sa nourriture ».

Le 17 septembre elle reçoit une injection de 3 cc. de somnifène et s'alimente.

Le 4 novembre, nouveau refus d'aliments. On fait

une injection intramusculaire de 3 cc. de somnifène : la malade mange normalement.

Dans les jours qui suivent, les infirmières éprouvent une certaine difficulté à l'alimenter.

Le 21 novembre on doit, devant la résistance de la malade, pratiquer une nouvelle injection de 3 cc. de somnifène, qui fera céder la sitiophobie.

Mais le 23 novembre la sitiophobie se manifeste à nouveau et l'on a recours encore à une injection de 3 cc. de somnifène. La malade prend une assiettée de riz et un peu de lait.

Par la suite elle s'alimentera, non sans difficultés d'ailleurs : elle déclare souvent ne pas vouloir manger par crainte de grossir.

Observation N° 4. — Mme J..., 44 ans, entre à l'Asile de Clermont le 24 avril 1935 pour dépression avec ralentissement psychique, difficulté dans l'expression de la pensée. Elle présente des idées, des préoccupations mélancoliques et des hallucinations auditives accusatrices. Elle a l'idée de culpabilité, se trouve malheureuse et pleure. Elle a fait plusieurs tentatives de suicide : a tenté de s'étrangler, s'est frappé la tête contre des tuyaux de chauffage.

Rien à signaler du double point de vue neurologique et physique. Le liquide céphalo-rachidien est normal. Le poids est de 48 kilogs pour une taille de 1 m. 56. La tension artérielle est de 12-7. La malade n'est plus réglée depuis quelques mois et présente

des troubles de la ménopause : vertiges, bouffées de chaleur.

Elle s'alimente difficilement.

Le 2 juin on doit recourir au gavage, que l'on renouvelle quotidiennement jusqu'au 29 août.

Le 25 novembre la malade passe à Fitz-James. Elle s'alimente, sur l'insistance des infirmières. L'alimentation devient de plus en plus difficile.

Le 28 décembre, refus d'aliments. On fait une injection intramusculaire de 3 cc. de somnifène à la malade : on parvient à la faire manger normalement.

Les jours suivants elle ne consentira à se nourrir qu'avec l'aide d'une infirmière.

Le 15 juillet 1936, devant un nouveau refus d'aliments, on fait une injection de 3 cc. de somnifène : la malade prend un demi-litre de lait, de la purée et du riz.

La sitiophobie s'est manifestée ultérieurement à plusieurs reprises chez cette mélancolique. Le 18 août, sous l'influence de 3 cc. de somnifène, elle prend un demi-litre de lait et de la purée.

Par la suite on injecte à trois reprises 3 cc. de somnifène : les 6, 15 et 21 octobre. Chaque fois le somnifène vient à bout du refus d'aliments et la malade reprend une alimentation normale.

Observation N° 5. — Mme E. B..., 50 ans, entre à l'Asile de Clermont le 2 juin 1936 pour délire de persécution, idées délirantes d'extériorisation difficile et idées mélancoliques. Elle a tenté de se suicider par

pendaison. Elle présente des hallucinations auditives. Son attitude est maussade, renfrognée et hostile. Ses réponses sont rares, brèves et le plus souvent systématiquement négatives. L'état général est déficient. La tension artérielle est de 16-9. La malade présente de la sitiophobie et on l'alimente à la sonde.

Le 31 juillet elle passe à Fitz-James, où l'on continue d'abord le gavage.

Puis, le 16 août, on lui fait une première injection intramusculaire de 3 cc. de somnifène : elle ne prend que deux timbales de lait.

Le lendemain on fait une injection de 4 cc. : la malade prend trois timbales de diase, du café au lait, une assiette de nouilles et du pain.

Le 18 août elle ne boit que deux timbales de lait. Elle cherche à s'étrangler avec sa camisole.

Le 19 août, devant son refus de s'alimenter, on lui fait 4 cc. de somnifène : elle s'alimente normalement.

Dans les jours qui suivent l'alimentation est difficile. La malade est abattue, elle veut être châtiée et désire la mort. Une infirmière parvient cependant à la nourrir. L'état général s'améliore et l'on note une augmentation de poids de 2 kg. 500 en un mois.

Observation N° 6. — Mme J. B..., 37 ans, entre le 24 août 1926. Elle est atteinte de surdi-mutité depuis l'enfance et de débilité mentale. Elle est souvent agressive. Elle s'agite, crie, pleure, gesticule. Elle présente des accès de dépression et fait comprendre qu'elle veut se pendre.

Rien d'intéressant au point de vue neurologique

comme au point de vue physique. Notons que la malade est mal réglée : règles irrégulières et peu abondantes. Elle s'alimente mal.

En mai 1935 elle est transférée à Fitz-James. L'état général est altéré : la malade a perdu 4 kilogs depuis son entrée. Elle est agitée et refuse toute nourriture pendant trois jours. Finalement elle boira du lait.

Le 4 décembre elle oppose un refus d'aliments formel et reçoit une injection de 4 cc. de somnifène, sous l'influence de laquelle elle s'alimente.

Le 28, nouveau refus. On fait 3 cc. de somnifène : la malade prend un litre et demi de lait.

En janvier 1936 elle fait plusieurs tentatives de suicide par strangulation. Elle refuse sa nourriture à plusieurs reprises et l'on est obligé de faire des injections de 3 cc. de somnifène les 16 et 20 janvier, les 5, 11 et 22 février.

Chaque fois le somnifène permet d'alimenter légèrement la malade.

Depuis elle s'alimente assez régulièrement.

Observation N° 7. — Mme J. B..., 33 ans, entre à Clermont le 6 juin 1932 pour des troubles mentaux divers. Elle présente des idées délirantes, imprécises, absurdes et sans lien entre elles, et du négativisme. Elle est à la fois hostile et souriante. Elle refuse de répondre à la plupart des questions qu'on lui pose, a des attitudes stéréotypées, des sourires immotivés. Elle a des impulsions brusques.

Elle oppose une résistance plus ou moins vive à l'alimentation.

Elle passe à Fitz-James le 10 novembre 1932. Elle présente à plusieurs reprises de la sitiophobie.

Le 1er mars 1933, devant son refus de nourriture, on lui fait une injection de 4 cc. de somnifène, qui fait céder l'anorexie mentale, mais de façon passagère.

Le 2 mars, en effet, nouveau refus d'aliments. Sous l'influence d'une injection de 4 cc. de somnifène elle prend une nourriture suffisante.

Le 26 mai on doit lui injecter 3 cc. de somnifène : elle s'alimente.

Le 3 février 1934 elle apparaît très excitée. Elle doit être isolée.

Elle refuse sa nourriture, qu'on parvient à lui faire prendre sous l'action de 4 cc. de somnifène.

Le 15 mars 1935 la malade, toujours agitée, tente de se suicider : elle se jette par la fenêtre et se fait une fracture du calcanéum droit et de la 3e lombaire.

Le 17 janvier 1936, sitiophobie irréductible. On doit lui faire une injection de 4 cc. de somnifène : on ne parvient que médiocrement à l'alimenter.

Depuis la malade s'alimente correctement. L'état général s'est notablement amélioré.

Observation N° 8. — Mme J. M..., 54 ans entre à l'Asile de Clermont le 21 juillet 1931 pour idées délirantes de persécution. Elle accuse sa voisine de divers méfaits, n'a cessé, durant un an, d'être en difficultés avec cette voisine, qu'elle a menacée et contre laquelle

elle a porté plainte plusieurs fois au commissariat. La malade apparaît hostile, réticente. Elle se trouve actuellement dans un état dépressif avec réactions mélancoliques et a des idées de suicide. L'état général est peu altéré. La tension artérielle est de 13-7. La malade s'alimente difficilement, sur l'insistance et avec l'aide des infirmières.

Elle passe, en mai 1935, à Fitz-James.

Le 20 janvier 1936, très troublée, elle refuse la nourriture. On lui fait une injection intramusculaire de 3 cc. de somnifène, qui permet de l'alimenter.

Le lendemain, toujours agitée, elle se blesse la main droite avec un carreau, se faisant une plaie qui nécessite trois points de suture. Mais elle se laisse alimenter de façon suffisante ; il en sera de même les jours suivants.

Le 9 février, la sitiophobie réapparaît. On fait à la malade une injection de 3 cc. de somnifène. Elle prend une assiette de purée, un demi-litre de lait, et le soir un litre de lait.

Le 10 février on doit lui refaire une injection de 3 cc. de somnifène : elle prend un demi-litre de lait, une assiettée de purée, et au repas du soir un litre de lait.

Le 13 février, nouveau refus d'aliments ; sous l'influence d'une injection de 3 cc. de somnifène elle s'alimente normalement.

Le 16 avril l'anorexie mentale se manifeste à nouveau. Après une injection de 3 cc. de somnifène elle prend une assiettée de riz au lait et le soir de la purée

et du pain. Le 17 elle tente de s'étrangler et doit être camisolée.

Le 18 elle est toujours agitée, parle seule, refuse de s'alimenter. On lui fait une injection intramusculaire de 3 cc. de somnifène : elle prend de la soupe, de la purée, un demi-litre de lait. Le 23 il faut recourir à nouveau à une injection de 3 cc. de somnifène : la malade prend de la purée, du riz au lait, un litre de lait. Le soir on doit refaire une injection de 2 cc. de somnifène.

Les jours suivants la malade s'alimente, bien qu'avec difficultés. L'anorexie mentale ne tarde pas à réapparaître. Chaque fois on parviendra à alimenter la malade sous l'influence du somnifène. Mais, sortie de son état de torpeur, la malade refuse la nourriture et l'on sera obligé de répéter les injections de somnifène.

C'est ainsi que cette délirante subira 4 cc. de somnifène les 1er, 6 et 8 mai ;

3 cc. le 17 août ;

4 cc. le 9 novembre et les jours suivants jusqu'au 20 novembre.

Puis elle s'alimente normalement.

Nous avons exposé quelques observations d'anorexiques heureusement traitées par le somnifène.

Voyons maintenant les résultats que nous avons obtenus en utilisant les injections de chlorure de sodium hypertonique.

Observation N° 9. — Mlle L. D..., 19 ans, entre le 17 avril 1932 à l'Asile de Clermont pour débilité mentale profonde avec faiblesse de l'idéation, du jugement et du sens moral. Elle a des notions très limitées, fait des réponses brèves et déficientes. Elle présente des perversions instinctives. On note des antécédents de fugues, d'errance, de vagabondage.

Elle est assez calme, s'occupe aux travaux du ménage, au tricot. Elle traverse des périodes de dépression mélancolique et d'excitation. Elle a des idées de suicide. C'est ainsi qu'elle cassera des carreaux, s'enfoncera sous la peau des épingles et des morceaux de verre.

Le 18 juillet 1936 elle refuse de s'alimenter. On lui fait en vain une injection intramusculaire de 4 cc. de somnifène. Le lendemain une nouvelle injection de 4 cc. de somnifène ne permet toujours pas de l'alimenter.

Le 20 juillet on décide de recourir au gavage. La seule vision de la sonde œsophagienne fait céder son obstination : elle boit à la timbale le repas de gavage, mais en vomit une grande partie.

Le 21 juillet elle s'alimente spontanément.

Le 4 août elle est agitée, injurie ses camarades et refuse de s'alimenter.

Le 5 août on doit pratiquer le gavage.

Le 6 août, devant un nouveau refus d'aliments, on pratique une injection intraveineuse de 10 cc. de chlorure de sodium hypertonique à 20 %. Cette petite perverse ne peut résister à la soif intense que pro-

voque en elle l'injection intraveineuse. Elle boit du lait puis s'alimente normalement.

Par la suite elle s'alimente seule sans difficultés.

Observation N° 10. — Mlle Y. H... entre, à l'âge de 19 ans, à l'Asile de Clermont, le 22 novembre 1934, pour troubles graves du caractère, indiscipline, accès de colère, fugues. Placée à 9 ans dans un patronage, elle s'en est évadée deux fois. Placée, à l'âge de 16 ans, dans un autre patronage, elle s'en est également évadée et a été condamnée à séjourner jusqu'à sa majorité dans des écoles de préservation.

Cette malade a des impulsions soudaines, rapides, violentes et brutales. Elle a des colères fréquentes, tient des propos grossiers et injurieux. Elle fait des menaces de suicide sans tristesse, ni dépression, menaces uniquement motivées par cette affirmation que la vie n'est pas intéressante et qu'elle en a assez d'être séquestrée.

Dès son entrée à la Maison de santé de Clermont elle oppose un refus d'aliments absolu.

Le 25 novembre on doit l'alimenter par gavage. Il en sera ainsi jusqu'au 1er janvier 1935. Pendant cette période la malade se montre turbulente, agitée ; elle casse des carreaux, elle a caché des pierres dans son lit, dans l'intention, dit-elle, d'assommer des infirmières.

Du 2 au 17 janvier elle s'alimente normalement.

Mais le 18 elle refuse la nourriture. Le gavage est pratiqué.

Les jours suivants elle s'alimente de façon satisfaisante. Elle est calme, s'occupe régulièrement.

Le 21 mai elle passe à Fitz-James. Elle y rencontre une malade qui exercera sur elle une vive influence.

Le 12 juin elle refuse de s'alimenter.

Le 13 juin elle persiste dans cette attitude.

Le 14 juin on la change de pavillon pour la séparer de son amie. Les infirmières, après avoir longuement insisté, ne parviennent qu'à lui faire prendre à midi une timbale de café au lait. Le soir, refus complet de s'alimenter.

Le 15 juin elle persiste à ne pas vouloir se nourrir. On fait alors une injection intraveineuse de 10 cc. de chlorure de sodium hypertonique à 20 %. La malade s'alimente.

Les jours suivants les infirmières parviennent à la faire manger normalement.

Le 2 juillet elle s'agite, devient agressive. Elle insulte les infirmières et leur donne des coups de pied. Elle oppose une vive résistance à l'alimentation que les infirmières tentent de lui faire accepter.

Le 3 juillet, devant la persistance de cette attitude, on lui fait 4 cc. de somnifère, sous l'influence duquel elle reçoit une alimentation convenable.

Suit une courte période d'accalmie.

Le 30 juillet, nouvelle impulsion. La malade, camisolée, se frappe la tête contre les barreaux de son lit et refuse des aliments. On lui fait 4 cc. de somnifène.

Le 28 août 4 cc. de somnifène sont à nouveau nécessaires.

Cette dose est poursuivie quotidiennement jusqu'au 4 septembre.

A cette date on a recours à nouveau au sérum hypertonique. La malade résiste à la soif. Mais le lendemain une nouvelle injection la contraint à s'alimenter.

Les jours suivants elle s'alimente sans difficulté.

Le 22 février 1936 elle quitte l'asile.

Dans ces diverses observations les résultats obtenus sont nettement favorables. Bien entendu, il n'en est pas toujours ainsi, témoin l'observation suivante :

Observation N° 11. — Mme G. P..., 32 ans, entre à l'Asile de Clermont le 11 octobre 1934 à l'occasion d'une bouffée délirante d'excitation. Elle est atteinte de surdi-mutité. La vision est très diminuée.

Elle s'alimente difficilement. Les infirmières doivent insister, la faire manger.

L'alimentation devenant de plus en plus insuffisante, on lui injecte, le 8 juin 1935, 3 cc. de somnifène : elle peut être alimentée deux heures après l'injection.

On doit injecter 2 cc. de somnifène les 9, 11 et 12 juin et l'on parvient à alimenter la malade.

Les jours suivants elle s'alimente spontanément de façon satisfaisante.

Mais le 19 juin elle refuse de s'alimenter.

Le 20 juin on lui fait une injection intramusculaire de 3 cc. de somnifène, mais sans résultat.

Les jours suivants le somnifène ne parvient pas à faire céder la sitiophobie. Son action s'est épuisée.

On doit avoir recours au gavage le 26 et le 27 juin.

On continuera les jours suivants à alimenter la malade à la sonde œsophagienne.

Le 16 juillet on lui fait une injection intraveineuse de 10 cc. de sérum hypertonique à 20 %. Le résultat est nul. Le lendemain et le surlendemain, deux nouvelles injections de sérum hypertonique ne permettent qu'une alimentation très insuffisante, la malade n'acceptant qu'un peu de lait.

Force est d'en revenir à l'alimentation par gavage. La sitiophobie ne tarde pas à céder et une infirmière parvient ultérieurement à alimenter convenablement la malade.

Observatin N° 12. — Et voici, pour terminer, une observation intéressante par la variété des procédés mis en œuvre :

M. A. P..., 26 ans, entre à l'Asile le 17 juin 1936 pour un accès de délire aigu persistant depuis quelques jours et s'accompagnant de confusion mentale onirique, d'hallucinations diverses. Il présente des paroxysmes d'excitation psychique et motrice. Son état physique est grave : fièvre élevée, oligurie, langue sèche et rôtie, respiration rapide, insomnie et cauchemars.

Le malade, très agité, refuse de s'alimenter et de boire.

Le 22 juin on lui fait une injection intramusculaire de 4 cc. de somnifène, sans résultat.

Le 23 juin, sous l'influence d'une injection intraveineuse de Sonéryl, il prend trois litres de tilleul.

Le 24 juin, après une nouvelle injection intraveineuse de Sonéryl, pratiquée à 11 heures, le malade s'endort jusqu'à 13 h. 30. Les infirmiers lui font boire deux litres de tilleul et un litre et demi de lait.

Le 25 juin le malade est toujours troublé, mais calme. On lui fait 500 cc. de sérum bromuré : il boit deux litres de tilleul et un litre et demi de lait.

Le 26 juin on lui refait 500 cc. de sérum bromuré et on lui donne un bain, où il sera maintenu deux heures : il prend 0 l. 500 de café au lait, 0 l. 500 de lait, 0 l. 25 de diase et un peu de tilleul.

Le 27 juin le malade est agressif. On lui fait encore 500 cc. de sérum bromuré et on lui donne un bain. L'alimentation est difficile, le malade considérant que les mets sont empoisonnés. Les infirmiers ne parviennent à lui faire prendre que 0 l. 75 de café au lait, 0 l. 25 de diase et un peu de tilleul.

Le 28 juin, même traitement. L'alimentation reste difficile : le malade ne boit que 0 l. 75 de café au lait, 0 l. 75 de diase et du tilleul.

Le 29 juin on doit pratiquer le gavage.

Le 30 juin le sérum bromuré, le bain et deux dragées de Sonéryl ne donnent pas de résultat. On utilise à nouveau la sonde œsophagienne.

Le 1er juillet on fait une injection intraveineuse de 10 cc. de sérum hypertonique à 10 %. Le malade boit avec difficultés 0 l. 50 de diase et 0 l. 50 de tilleul.

Le 2 juillet le malade est assez calme. Mais l'on doit pratiquer une injection intraveineuse de 10 cc. de sérum hypertonique à 10 %. Le malade s'alimente seul.

Le 3 juillet, nouvelle injection de sérum hypertonique : le malade prend 0 l. 75 de café au lait, 0 l. 50 de lait avec diase et un jaune d'œuf, du bouillon et un peu de purée.

Le 4 juillet le malade se laisse alimenter.

Les jours suivants il s'alimentera de façon normale. L'état général se relève et l'on note une augmentation de poids de 2 kg. 400 en une quinzaine.

CONCLUSIONS

Nous avons prôné dans cette étude la pratique, dans le traitement du refus d'aliments :

1° des injections intramusculaires de somnifène ;

2° des injections intraveineuses de sérum hypertonique.

Ces méthodes nous paraissent susceptibles de rendre, dans les asiles d'aliénés, des services importants.

Leur maniement facile, leur toxicité minime sont autant d'arguments qui jouent en leur faveur.

On utilisera somnifène et sérum hypertonique dans tous les cas de refus d'aliments, quelle qu'en soit l'étiologie du point de vue psychiatrique.

Les résultats, nous l'avons vu, sont excellents.

Ces procédés permettent de supprimer dans de larges proportions l'usage de la sonde œsophagienne, dont les inconvénients ne sont pas négligeables.

Ainsi, dans un service aussi important que celui que dirigeait M. Lauzier, à Fitz-James, sur les 1.100 malades internés, on a tout au plus un sujet à alimenter par gavage.

Ces méthodes, que nous préconisons, permettent aux médecins de ne point perdre inutilement leur temps à des manœuvres fastidieuses et allègent les charges des services d'aliénés.

Aussi ces procédés nous paraissent-ils devoir être mis en œuvre dans tous les cas de refus d'aliments, le gavage devenant le traitement héroïque dont on n'usera qu'en cas d'échec du somnifène et du sérum hypertonique.

Vu :
Le Doyen,
ROUSSY.

Vu :
Le Président de la Thèse
LAIGNEL-LAVASTINE.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

Nobécourt. — L'anorexie mentale ou psychique. *Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*, mai 1934.

— L'anorexie mentale ou psychique. *Journal des Praticiens*, N° 20, 19 mai 1934.

— L'anorexie mentale ou psychique. Leçon du 27 janvier 1934. *La Pédiâtrie Pratique*, 15 janvier 1935.

Baruk (H.). — L'anorexie mentale et les névroses dysphagiques. *Clinique et Laboratoire*, 20 octobre 1934.

Nathan (M.) — Quelques considérations sur l'anorexie mentale. *Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*, 19 décembre 1931.

Oury (P.), Godard (P.). — La manie de restriction en pathologie digestive. *Gazette Médicale de France*, 1er avril 1933.

Augier et Cossa. — Anorexie mentale et antéhypophyse. *Journal Médical Français*, octobre 1936.

Loeper et Fau (René). — Cachexie hypophysaire et anorexie mentale. *Monde Médicael*, 1er octobre 1936.

Rosair. — Dix-neuf mois de grève de la faim. *The Lancet*, 4 avril 1936.

Titesca. — Deux cas d'anorexie mentale chez deux jeunes filles. *Le Scalpel*, 26 septembre 1936.

Donnadieu. — Anorexie mentale. *Thèse* de Bordeaux, 1931.

Labiche. — Contribution à l'étude de l'anorexie mentale. *Thèse* de Paris, 1934.

Stœrr. — Anorexie mentale. *Thèse* de Strasbourg, 1932.

Gosset, Binet et Petit-Dutaillis. — De la valeur du chlorure de sodium employé en solution hypertonique dans l'intoxication du tube digestif. *Presse Médicale*, 7 janvier 1928.

Michel. — De l'emploi du chlorure de sodium contre les accidents toxiques de l'occlusion intestinale. *Société de Chirurgie*, 12 décembre 1928.

Gosset. — A propos des injections salées hypertoniques dans l'occlusion intestinale. *Société de Chirurgie*, 9 janvier 1929.

Binet et Stoicesco. — Les injections intraveineuses de solutions hypertoniques de chlorure de sodium, étude expérimentale. *Paris Médical*, 7 décembre 1929.

Desruelles (M.) et Chiarli (A.). — Injections intraveineuses de sérum chloruré hypertonique dans les états toxi-infectieux graves qui accompagnent certaines maladies mentales. *Annales Médico-Psychologiques*, juillet 1930.

Howard, Root (F.) et Henson (P.-P.). — Traitement de l'anurie par les solutions salées hypertoniques. *Journal of the American Medical Association*, 22 août 1931.

Castaigne (J.). — Le chlorure de sodium dans l'organisme humain à l'état normal et pathologique. *Le Journal Médical Français*, décembre 1933.

Cahanne (M.). — Le rôle du métabolisme du chlore dans l'anorexie et la sitiophobie de certains malades. *Annales Médico-Psychologiques*, février 1935.

Desruelles, Mmes Masson-Chiarli (A.), Gardien-Jourd'heuil (M.-P.) et Gardien (M.-P.). — Le chlorure de sodium en solution hypertonique par voie veineuse dans les anorexies des aliénés. *Annales Médico-Psychologiques*, octobre 1935.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION 11

Le refus d'aliments..... 13

Traitement 17

1. — L'insulinothérapie 22

2. — L'injection intraveineuse de chlorure de sodium en solution hypertonique.. 22

3. — L'administration de barbituriques..... 27

Observations 33

Conclusions 51

BIBLIOGRAPHIE 53

IMPRIMERIE SPÉCIALE
DE
MM. VIGOT Frères